

GUIDE - AFFECTION DE LONGUE DURÉE

# Spondylarthrite grave

Décembre 2008

Ce document est téléchargeable sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

Haute Autorité de Santé

Service communication

2, avenue du Stade-de-France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : + 33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en Juillet 2008

© Haute Autorité de Santé – 2008

# Sommaire

<b>Liste des abréviations .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Introduction.....</b>	<b>6</b>
<b>2 Évaluation initiale .....</b>	<b>7</b>
2.1 Objectifs.....	7
2.2 Professionnels impliqués .....	7
2.3 Données cliniques .....	7
2.4 Examens complémentaires de première intention .....	9
2.5 Examens complémentaires de deuxième intention.....	10
2.6 Bilan de référence après le diagnostic.....	11
2.7 Sévérité d'une spondylarthrite .....	12
<b>3 Prise en charge thérapeutique des spondylarthrites .....</b>	<b>13</b>
3.1 Objectifs et moyens .....	13
3.2 Professionnels impliqués .....	13
3.3 Traitements médicamenteux.....	14
3.4 Traitements physiques .....	20
3.5 Autres traitements non médicamenteux .....	23
3.6 Aides techniques et dispositifs médicaux ..	24
3.7 Éducation thérapeutique du patient (ETP) .....	24
3.8 Prise en charge médico-sociale.....	25
<b>4 Suivi d'un patient atteint de spondylarthrite.....</b>	<b>26</b>
4.1 Objectifs du suivi.....	26
4.2 Les professionnels impliqués dans le suivi .....	26
4.3 Suivi habituel du patient .....	26
4.4 Hors suivi annuel du patient.....	27
4.5 Le suivi des patients traités par anti-TNF ..	27
<b>Annexe 1. Liste des participants .....</b>	<b>29</b>
<b>Annexe 2. Quand évoquer une spondylarthrite ?.....</b>	<b>30</b>
<b>Annexe 3. BASDAI (<i>Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index</i>).....</b>	<b>32</b>
<b>Annexe 4. BASFI .....</b>	<b>32</b>
<b>Annexe 5. Algorithmes .....</b>	<b>33</b>

<b>Annexe 6. Stratégies médicamenteuses ..</b>	<b>36</b>
<b>Annexe 7. Conditions de délivrance des anti-TNF dans les spondylarthrites.....</b>	<b>37</b>
<b>Annexe 8. Références.....</b>	<b>38</b>

**Mise à jour des guides et listes ALD**

Les guides médecin élaborés par la Haute Autorité de Santé (HAS) sont révisés tous les 3 ans.

Dans l'intervalle, la Liste des Actes et Prestations (LAP) est actualisée au minimum une fois par an et disponible sur le site internet de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr))

## Liste des abréviations

<b>Sigle</b>	<b>Libellé</b>
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
AMM	autorisation de mise sur le marché
Anti-CCP	anticorps anti-peptide cyclique citrulliné
CRP	protéine c réactive
EVA	échelle visuelle analogique
FAN	facteur antinucléaire
FR	facteur rhumatoïde
IRM	imagerie par résonance magnétique
MDPH	maison départementale pour les personnes handicapées
MTX	méthotrexate
PR	polyarthrite rhumatoïde
SLZ	salazopyrine
VS	vitesse de sédimentation

## 1 Introduction

L'objectif de ce guide médecin est d'expliquer, pour les professionnels de santé, la prise en charge optimale et le parcours de soins d'un malade admis en ALD au titre de l'ALD 27 : spondylarthrite grave (appellation actuelle : spondylarthrite ankylosante grave).

Les sources principales utilisées pour élaborer ce guide ont été les deux recommandations pour la pratique clinique suivantes :  
diagnostic des spondylarthrites, HAS 2008 :  
prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites, HAS 2008.

La mise en application de ces recommandations dans le guide médecin a été discutée et validée par un groupe de travail pluridisciplinaire (annexe 1).

L'entité nosologique des spondylarthrites regroupe des rhumatismes inflammatoires fréquemment associés à la présence de l'antigène HLA B27 : spondylarthrite ankylosante, rhumatisme psoriasique, arthrites associées aux maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), arthrite réactionnelle et spondylarthrite indifférenciée. La classification désormais recommandée organise l'ensemble des spondylarthrites selon leur présentation clinique prédominante : axiale (comme la spondylarthrite ankylosante) ou périphérique (comme le rhumatisme psoriasique) à manifestation articulaire ou enthésitique.

*La prévalence des spondylarthrites serait au minimum de 0,30 % dans la population générale en France. La prédominance masculine retrouvée dans de nombreuses publications pourrait être expliquée par la fréquence plus élevée des formes cliniquement bruyantes chez l'homme.*

**Les circonstances permettant d'évoquer le diagnostic sont rappelées en annexe 2.**

## 2 Évaluation initiale

### 2.1 Objectifs

- confirmer le diagnostic ;
- rechercher les manifestations extra articulaires ;
- apprécier l'activité de la maladie ;
- évaluer l'atteinte structurale en imagerie ;
- évaluer le handicap ;
- apprécier la sévérité de la maladie ;
- estimer son pronostic.

### 2.2 Professionnels impliqués

En cas de suspicion de spondylarthrite, les examens radiologiques et biologiques sont prescrits par le médecin, qu'il soit ou non spécialisé en rhumatologie ou en médecine interne, sauf précision contraire.

Un avis spécialisé en rhumatologie ou en médecine interne est nécessaire pour valider le diagnostic de spondylarthrite et pour adapter le traitement.

Les professionnels de santé suivants peuvent être impliqués dans la prise en charge des patients atteints de spondylarthrite : généraliste, rhumatologue, dermatologue, interniste, biologiste, radiologue, avec le concours d'autres spécialistes et de professionnels paramédicaux et sociaux, notamment : gastro-entérologue, ophtalmologiste, médecin de médecine physique et réadaptation, chirurgien orthopédiste, ergothérapeute, kinésithérapeute, infirmière, pédicure-podologue, podo-orthésiste, orthoprothésiste, assistant social.

D'autres spécialistes et professionnels de la santé peuvent être impliqués dans le suivi du patient en fonction des comorbidités associées, de l'instauration et des éventuelles complications des traitements, des manifestations extra articulaires.

### 2.3 Données cliniques

Le début de la maladie est souvent insidieux. Son évolution est généralement lente et progressive, initialement entrecoupée de rémissions.

### ► Anamnèse

L'interrogatoire doit rechercher les symptômes ou antécédents évocateurs cités en annexe (annexe 2 : Quand évoquer une spondylarthrite ?) et estimer la sensibilité des symptômes aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) : amélioration en 48 h des douleurs par AINS à la dose maximale conseillée ou rechute rapide (48 h) des douleurs à l'arrêt. L'absence d'amélioration ne réfute pas le diagnostic.

### ► Examen somatique

Les manifestations somatiques des spondylarthrites sont variables dans le temps et leur valeur diagnostique individuelle demeure faible pour la plupart. Un examen somatique normal ne permet pas d'exclure le diagnostic.

#### **Examen des sacro-iliaques**

- douleur reproduite par mobilisation de ces articulations (ex. manœuvre du trépied, appui monopodal, manœuvre d'écartement) ;
- douleurs à la pression directe.

#### **Examen du rachis**

- recherche d'une limitation de la mobilité rachidienne.

#### **Examen des enthèses**

- recherche d'une enthésite, caractérisée par la présence d'une douleur à la pression et parfois d'une tuméfaction :
  - des insertions du tendon quadricipital et du tendon patellaire,
  - de l'insertion du tendon calcanéen (tendon d'Achille) et du fascia plantaire superficiel (aponévrose plantaire),
  - de la paroi thoracique antérieure.

#### **Articulations périphériques, notamment recherche**

- d'une atteinte des hanches : douleur et/ou limitation des articulations coxo-fémorales ;
- d'une atteinte des interphalangiennes distales (IPD) ;
- d'une dactylite : aspect de doigt ou d'orteil en saucisse.

### **Recherche de manifestations extra rhumatologiques**

- dermatologique :
  - psoriasis,
  - pustulose palmo-plantaire.

En cas de doute, le recours au dermatologue est recommandé.

- ophtalmologique :
  - uvéite antérieure (œil rouge, douloureux, souvent baisse de l'acuité visuelle et photophobie) dont la suspicion impose le recours en urgence à l'ophtalmologiste.

## **2.4 Examens complémentaires de première intention**

Les investigations complémentaires utiles au diagnostic des spondylarthrites diffèrent selon la présentation clinique prédominante : axiale ou périphérique.

La prescription en routine d'examens spécialisés telles que la recherche de l'antigène HLA B27 et l'imagerie – hors radiographie conventionnelle – n'est pas indispensable. La confirmation du diagnostic est du ressort du spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne.

### **► Biologie de l'inflammation (VS ± CRP)**

#### **Forme axiale prédominante**

L'absence de syndrome inflammatoire biologique est fréquente au cours des spondylarthrites axiales et ne doit pas faire exclure le diagnostic. Inversement, la présence de rachialgies et d'un syndrome inflammatoire doit faire évoquer également d'autres diagnostics (diagnostic différentiel avec des pathologies infectieuses ou malignes notamment).

#### **Forme périphérique prédominante**

L'absence de syndrome inflammatoire biologique n'exclut pas le diagnostic.

La réalisation d'un bilan immunologique comportant les facteurs rhumatoïdes, les anticorps anti-CCP et les anticorps anti-nucléaires peut être utile pour rechercher d'autres rhumatismes inflammatoires.

## ► Radiographies

### Forme axiale prédominante

Il est nécessaire de réaliser des radiographies standard comprenant : le bassin de face, le rachis lombaire de face et de profil incluant la jonction dorso-lombaire. L'interprétation des clichés au niveau des articulations sacro-iliaques est délicate, et la normalité des radiographies ne permet pas d'éliminer le diagnostic.

Des radiographies centrées sur les articulations périphériques ne sont pas nécessaires en l'absence d'antécédents douloureux ou de signes cliniques.

### Forme périphérique prédominante

Il est nécessaire de réaliser des radiographies des sites douloureux. Une radiographie du bassin et des radiographies du rachis lombaire incluant la jonction dorso-lombaire peuvent être utiles au diagnostic. La normalité de ces radiographies n'exclut pas le diagnostic.

## 2.5 Examens complémentaires de deuxième intention

Les examens de 2<sup>e</sup> intention ne sont utilisés que si le bilan de 1<sup>ère</sup> intention n'est pas concluant. Dans cette optique, chaque examen supplémentaire doit être choisi en fonction de :

- la performance de l'examen, qui dépend des éléments diagnostiques déjà recueillis (le nombre d'éléments évocateurs, leur nature et leur intensité doivent être pris en compte) ;
- la présentation clinique du patient (forme clinique prédominante, douleur, gêne fonctionnelle, sévérité) ;
- l'impact attendu sur la prise en charge thérapeutique ;
- les risques potentiels liés aux traitements envisagés.

## ► HLA B27

En présence de signes cliniques ou radiologiques évocateurs mais sans certitude diagnostique, la positivité du HLA B27 renforce le faisceau d'arguments en faveur d'une spondylarthrite. Sa négativité n'élimine pas le diagnostic.

## ► Imagerie

### Forme axiale de spondylarthrite

En l'absence de lésion radiographique évidente, un avis spécialisé est nécessaire pour juger de l'intérêt d'une imagerie complémentaire :

- IRM des sacro-iliaques et/ou du rachis à la recherche de signes inflammatoires ;
- scanner des sacro-iliaques à la recherche de lésions structurales, si la radiographie des sacro-iliaques est douteuse.

Leur normalité n'exclut pas le diagnostic.

La scintigraphie osseuse n'est pas utilisée en routine pour faire le diagnostic de sacro-iliite.

### Formes périphériques de spondylarthrite

L'IRM et le scanner des sacro-iliaques ne sont pas utilisés pour le diagnostic s'il n'existe pas de symptômes axiaux.

Une IRM à la recherche de signes d'enthésite (centrée sur le site le plus symptomatique) n'est justifiée que si le résultat permet d'adapter la prise en charge.

La scintigraphie osseuse est utile en cas de suspicion d'ostéite, en permettant de rechercher d'autres sites osseux atteints.

## 2.6 Bilan de référence après le diagnostic

En complément du bilan diagnostique, le patient doit bénéficier d'une évaluation clinique réalisée par un médecin rhumatologue ou interniste, qui servira de référence pour optimiser le suivi ultérieur.

Contenu de cette évaluation :

### ► Interrogatoire

#### Recueil des données cliniques générales :

- âge, taille, sexe ;
- comorbidités et antécédents ;
- facteurs de risques cardiovasculaires dont le tabac ;
- traitements en cours.

#### Le ressenti du patient est évalué par :

- l'appréciation par le patient de son état de santé ;
- la douleur nocturne rachidienne ;

- une EVA<sup>1</sup> de la douleur globale liée à la spondylarthrite la semaine précédente ;
- le dérouillage matinal rachidien ;
- une EVA de l'asthénie.

Ces éléments permettent de calculer l'indice composite BASDAI2 (cf. annexe 3) pour les formes axiales et par le nombre des articulations et/ou enthèses douloureuses pour les formes périphériques, et par l'appréciation globale du patient.

**Les capacités fonctionnelles sont évaluées, par exemple en utilisant l'indice composite BASFI<sup>3</sup> (cf. annexe 4).**

#### ► Examen somatique

- statique et mobilité du rachis aux niveaux cervical et lombaire ;
- mobilité des hanches ;
- ampliation thoracique.
- autres articulations douloureuses ou gonflées et enthèses douloureuses. aucun index n'a montré de supériorité par rapport à un autre.

#### ► Examens paracliniques

Le diagnostic étant posé, aucun examen supplémentaire biologique ou d'imagerie n'est nécessaire pour l'évaluation initiale (en dehors du bilan préthérapeutique). Cependant, en présence de signes cliniques (douleur, raideur) les radiographies du rachis cervical et dorsal permettent d'évaluer l'atteinte structurale.

## 2.7 Sévérité d'une spondylarthrite

Une spondylarthrite est considérée sévère ou grave dès lors qu'elle répond à l'un des critères suivants :

- 1) Il existe une manifestation « sévère » évidente :
  - une arthrite destructrice et tout particulièrement une coxite ;
  - une pathologie sévère extra articulaire associée :
    - maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) sévère ;
    - uvéite à répétition ;

---

<sup>1</sup> Échelle visuelle analogique.

<sup>2</sup> Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index.

<sup>3</sup> Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index.

- atteinte cardiaque (valvulopathie aortique ou mitrale, myocardiopathie, péricardite, bloc auriculo ventriculaire) sévère liée à la spondylarthrite.

2) Le médecin constate à au moins deux reprises (à 3 mois d'intervalle), malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée, l'une des manifestations suivantes :

- plus de 3 atteintes articulaires inflammatoires simultanées ;
- activité de la spondylarthrite : BASDAI > 4 sur une échelle de 0 à 10 ;
- incapacité fonctionnelle importante liée à la spondylarthrite (en particulier BASFI > 4, sur une échelle de 0 à 10).

3) Une prise permanente d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée est nécessaire pour contrôler les symptômes.

## **3 Prise en charge thérapeutique des spondylarthrites**

### **3.1 Objectifs et moyens**

Les traitements actuels sont symptomatiques. Ils visent à lutter contre la douleur, la raideur et le retentissement fonctionnel de la maladie. L'efficacité du traitement doit être évaluée à l'aide des critères de jugement correspondants (voir section 4 : Suivi d'un patient atteint de spondylarthrite). La stratégie thérapeutique dépend de la forme clinique, axiale ou périphérique (voir annexe 5).

La prise en charge des spondylarthrites doit être une démarche globale : médicamenteuse, physique, éducative et chirurgicale, complétée par des mesures sociales et professionnelles.

Les différentes interventions thérapeutiques non médicamenteuses dans le cadre des spondylarthrites comprennent notamment les traitements physiques, les interventions éducatives, psychologiques.

La prise en charge physique s'adresse à tous les patients quel que soit le stade de leur maladie. Les traitements médicamenteux ne sont pas systématiques.

### **3.2 Professionnels impliqués**

Se référer à la section 2.2.

### 3.3 Traitements médicamenteux

*Pour des raisons de simplicité, les guides médecins citent généralement les classes thérapeutiques sans détailler l'ensemble des médicaments indiqués dans la maladie concernée.*

*Cependant chaque médicament n'est concerné que dans le cadre précis de son autorisation de mise sur le marché (AMM). Si pour des raisons explicites tel n'est pas le cas, et plus généralement pour toute prescription d'un produit hors AMM, qui s'effectue sous la seule responsabilité du prescripteur, celui-ci doit en informer spécifiquement le patient.*

#### ► Spondylarthrites à prédominance axiale

##### Médicaments symptomatiques de première intention

###### Antalgiques

Selon l'intensité de la douleur, on propose un traitement antalgique à base de paracétamol ou d'opioïdes faibles (dextropropoxyphène, tramadol, codéïne, dihydrocodéïne), seul ou en association avec les autres traitements de première intention (et de deuxième intention lorsque ceux-ci seront utilisés). Le recours aux opioïdes forts est parfois nécessaire.

Pour des informations concernant la tolérance des antalgiques, il est conseillé de consulter le site Internet de l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (Afssaps) ([www.afssaps.sante.fr](http://www.afssaps.sante.fr));

###### AINS

Lors des phases douloureuses en début de traitement, on utilise un AINS par voie orale en recherchant la dose minimale efficace, sans dépasser la dose maximale définie par l'AMM. Le traitement est limité à la période symptomatique.

Il n'y a pas d'argument pour privilégier un AINS par rapport aux autres. La phénylbutazone et le piroxicam ne sont pas recommandés en première intention.

Le traitement préventif (par inhibiteurs de la pompe à proton [IPP] ou misoprostol) des lésions gastriques et duodénales induites par les AINS est recommandé par l'Afssaps que dans les situations suivantes :

- âge supérieur à 65 ans ;

- antécédent d'ulcère gastrique ou duodénal, compliqué ou non compliqué. Dans ce cas une infection à *Helicobacter pylori* doit être recherchée et traitée ;
- association d'antiagrégant plaquettaire, notamment d'aspirine à faible dose et de clopidogrel, et/ou de corticoïdes et/ou d'anticoagulant. Ces associations doivent de principe être évitées.

Le risque gastroduodénal augmente avec la dose d'AINS. Le caractère dose-dépendant du risque d'ulcère symptomatique et de saignement digestif a été confirmé par des études épidémiologiques. Le risque de lésions gastriques et duodénales augmente également avec la durée du traitement. Le traitement préventif par IPP ou par misoprostol est efficace. Si l'administration prolongée d'AINS à une dose élevée est nécessaire, il est recommandé de lui associer un gastroprotecteur efficace (IPP ou misoprostol – prescription hors AMM).

### Corticoïdes

En cas d'inefficacité ou de contre indication ou d'intolérance aux AINS, il est possible de prescrire une corticothérapie par voie générale. L'utilisation des corticoïdes doit être limitée à de courtes périodes et aux posologies minimales efficaces notamment pour éviter une corticodépendance. Le suivi du patient doit comporter l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance.

Les infiltrations locales de corticoïdes, en particulier des sacro-iliaques peuvent également être utilisées.

### **Traitements de fond**

Ils comprennent la sulfasalazine et les anti TNF (adalimumab, étanercept, infliximab).

La mise en route et la poursuite d'un traitement de fond doit faire l'objet d'une évaluation régulière de son rapport bénéfice/risque dans le cadre d'une décision partagée avec le patient. Le choix du traitement doit tenir compte des données suivantes.

Les anti-TNF sont efficaces sur la douleur, l'incapacité fonctionnelle et l'activité de la maladie mais leur impact sur l'évolution de la maladie et les dommages structuraux n'est pas établi. Il reste des incertitudes sur leurs effets indésirables, notamment à long terme.

Un anti-TNF est prescrit en cas d'échec du traitement de première intention, **sous réserve que les conditions suivantes soient réunies** :

1. le diagnostic de spondylarthrite est avéré ;
2. la maladie est active : constatation à au moins deux reprises (à 3 mois d'intervalle) d'une activité de la spondylarthrite (BASDAI supérieur à 4) ;
3. la maladie est sévère ;
4. malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée.

Si ces conditions ne sont pas réunies, il est possible de recourir à la sulfasalazine (2 à 3 g par jour dans les essais cliniques, prescription hors AMM), sous réserve de l'évaluation de sa tolérance. Son efficacité est modeste dans les formes axiales de spondylarthrite, portant surtout sur la raideur matinale. Elle est vraisemblablement plus importante en cas d'atteinte périphérique associée.

La prescription initiale des anti-TNF dans les spondylarthrites est hospitalière et réservée aux spécialistes en rhumatologie ou en médecine interne (cf. les conditions de délivrance en annexe 7).

Pour conclure à l'inefficacité d'un anti-TNF, il doit avoir été administré conformément à son AMM spécifique : durée maximale recommandée en cas d'absence d'amélioration, posologie (cf annexe 6).

Les modalités thérapeutiques des anti-TNF sont identiques, qu'il s'agisse de formes axiales pures ou de formes à prédominance axiale associées à des enthésites périphériques.

Les données sont insuffisantes pour préciser :

- la hiérarchie de prescription des 3 anti-TNF disposant actuellement de l'AMM en France pour cette pathologie : l'adalimumab, l'étaanercept, et l'infliximab. Le choix entre ces molécules doit prendre en compte les pathologies associées, les modalités d'administration et les souhaits et attentes des patients ;
- les schémas d'adaptation des doses d'anti-TNF et du rythme d'administration en fonction de la réponse clinique, notamment dans les formes évoluant par poussée ;
- l'alternative la plus pertinente en cas de remplacement d'un anti-TNF par un autre anti-TNF ;

- l'utilité de l'association du méthotrexate aux anti-TNF dans le but d'augmenter l'efficacité du traitement.

La littérature ne permet pas de conclure sur le caractère significativement plus coût-efficace d'un traitement par rapport à un autre.

Bilan à effectuer avant de prescrire un anti TNF alpha :

- rechercher à l'interrogatoire et à l'examen clinique :
  - un contact tuberculeux, un antécédent de tuberculose mal traitée, un antécédent de primo infection tuberculeuse,
  - une comorbidité à risque d'infection sévère,
  - une infection aiguë ou chronique,
  - un foyer infectieux latent (par exemple : mauvais état bucco-dentaire, sinusite chronique, infection urinaire, etc.),
  - un antécédent de néoplasie ou d'hémopathie maligne, une lésion précancéreuse,
  - une maladie démyélinisante,
  - une insuffisance cardiaque,
  - une grossesse ;
- vérifier le statut vaccinal du patient et procéder à la réalisation de vaccins si nécessaire ;
- réaliser les examens complémentaires suivants :
  - radiographie du thorax face et profil,
  - intradermo réaction à la tuberculine (tubertest® à 5UI),
  - recherche d'une infection urinaire par un test technique adapté,
  - hémogramme,
  - transaminases,
  - électrophorèse des protéines sériques,
  - test de grossesse si la femme est en période d'activité génitale et sans contraception efficace,
  - sérologie des hépatites B et C, sérologie VIH,
  - anticorps antinucléaires et, s'ils sont positifs, anticorps anti-ADN natif et anti-ENA.

D'autres examens complémentaires peuvent être envisagés en fonction des données cliniques et du terrain du patient (âge, comorbidités, etc.).

L'efficacité du traitement de fond est évaluée par un médecin spécialisé en rhumatologie ou en médecine interne.

La tolérance du traitement doit être évaluée régulièrement par le patient ou son entourage, son médecin traitant et le médecin spécialisé en rhumatologie ou en médecine interne.

Un changement de traitement de fond sous la responsabilité du médecin spécialisé, doit être envisagé dans le cadre d'une décision partagée avec le patient :

- soit lors de la survenue d'événement(s) indésirable(s) ou intercurrent(s) jugé(s) incompatible(s) avec la poursuite du traitement en cours ;
- soit en cas d'insuffisance d'efficacité clinique ou structurale.

### ► Spondylarthrites à prédominance périphérique

#### Formes avec arthrite périphérique

*(Nb : la stratégie de prise en charge des spondylarthrites périphériques à prédominance enthésitique est à adapter au cas par cas à partir des mêmes critères).*

#### Médicaments symptomatiques de première intention

Le choix des traitements de première intention doit prendre en compte le contexte local et/ou général et en particulier les éventuelles manifestations extra articulaires associées. Le traitement de fond utilise :

- un AINS, selon les mêmes modalités que pour les formes axiales ;
- ou une infiltration intra articulaire d'un corticoïde retard en cas de monoarthrite, voire d'oligoarthrite. En cas d'injection intra articulaire et notamment pour les grosses articulations, privilégier l'hexacétonide de triamcinolone.

En cas d'inefficacité ou de contre indication ou d'intolérance aux AINS, il est possible de prescrire une corticothérapie par voie générale. Elle est notamment proposée en cas de poussée de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) associée.

**La corticothérapie doit être administrée à la posologie minimale efficace et se limiter aux poussées évolutives** notamment pour éviter une corticodépendance. Le suivi du patient doit comporter l'évaluation de l'efficacité et de la tolérance.

### Médicaments de deuxième intention : traitements de fond conventionnels et anti-TNF

Un traitement de fond est justifié :

- en cas de contre indication, d'échec ou d'intolérance des médicaments de première intention (AINS ± corticothérapie locale) ;
- ou du fait des pathologies associées, selon leur sévérité (MICI, psoriasis, uvéite) ;
- après avoir apprécié avec chaque patient et pour les différentes options thérapeutiques la balance entre le bénéfice attendu compte tenu de la sévérité de la maladie, et le risque potentiel encouru.

Le traitement de fond peut être débuté par l'une des molécules conventionnelles suivantes :

- sulfasalazine (hors AMM) ;
- léflunomide (AMM dans le rhumatisme psoriasique) ;
- méthotrexate : à doses progressivement croissantes sans dépasser 25 mg/semaine ; ne pas conclure à l'échec du méthotrexate avant 3 mois de traitement (AMM dans le rhumatisme psoriasique).

Les anti-TNF sont efficaces dans les spondylarthrites avec arthrite périphérique sur la douleur, la capacité fonctionnelle et la qualité de vie. Les modalités générales de leur utilisation sont les mêmes que celles décrites plus haut pour les formes axiales, mais les conditions pour passer à un traitement de 2<sup>e</sup> intention par anti-TNF sont les suivantes :

- le diagnostic de spondylarthrite est avéré ;
- la maladie est active : constatation à au moins deux reprises (à 3 mois d'intervalle) de 3 articulations gonflées et douloureuses simultanément ;
- la maladie est sévère ;
- malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée, éventuellement associée à un médicament de fond (en particulier dans le rhumatisme psoriasique) et/ou à des thérapeutiques locales (en particulier, injections intra articulaires de corticoïdes).

Les modalités de suivi du traitement de fond sont communes aux différentes formes cliniques (cf. formes axiales prédominantes).

### ► Manifestations non rhumatologiques des spondylarthrites

Les manifestations non rhumatologiques des spondylarthrites font l'objet d'une prise en charge spécifique et spécialisée au cas par cas.

## 3.4 Traitements physiques

Les traitements physiques sont complémentaires des traitements médicamenteux ou chirurgicaux et ne s'y substituent pas. Ils doivent être systématiquement envisagés lors de l'élaboration du projet thérapeutique global quel que soit le stade d'évolution de la maladie. Ils font appel aux techniques de rééducation et de réadaptation : kinésithérapie, ergothérapie, pédicurie-podologie et appareillage.

Leurs principaux objectifs sont :

- l'entretien ou la récupération de la mobilité, notamment rachidienne ;
- la prévention ou le traitement des déformations ;
- l'entretien des performances musculaires et de la capacité respiratoire ;
- l'entretien de la forme physique générale ;
- la lutte contre la douleur ;
- l'adaptation fonctionnelle à l'évolution du handicap.

Le recours à ces interventions nécessite un examen clinique détaillé qui permet de définir avec le patient des objectifs thérapeutiques en fonction de l'activité et du stade d'évolution de la maladie. Sa répétition permet de suivre les bénéfices obtenus par le traitement.

### ► Formes axiales

La prise en charge rééducative, recommandée à tous les stades de la maladie, doit être adaptée à l'état clinique du patient. Une évaluation précoce spécifique (en termes de déficience, d'incapacité et de handicap) est réalisée par un masseur-kinésithérapeute (bilan-diagnostic en kinésithérapie) et/ou un médecin de médecine physique et de réadaptation et/ou le rhumatologue à la phase initiale de la maladie, et pourra être renouvelée en fonction de l'évolution.

La kinésithérapie en séances individuelles est plus efficace à court terme que les séances en groupes et *a fortiori* que les auto-programmes seuls. Sa réalisation doit être encadrée par un bilan de début et de fin de soins adressé au médecin prescripteur. Dans tous les cas, un auto-programme comportant quelques exercices

(exercices actifs et exercices autopassifs : postures par ex.), doit être enseigné par le kinésithérapeute afin d'impliquer le patient dans la prise en charge de sa maladie. Le kinésithérapeute doit s'assurer qu'ils sont compris et correctement réalisés.

Les activités physiques et sportives sont encouragées. Elles doivent être compatibles avec l'état général et physique du malade, notamment sur le plan ostéoarticulaire et cardiovasculaire.

Les techniques passives et actives de masso-kinésithérapie sont utilisées pour la rééducation et la réadaptation.

La balnéothérapie peut être proposée en complément de techniques actives ou passives de kinésithérapie en particulier lorsque ces techniques doivent être réalisées en décharge.

**Tableau 1. Axes des traitements physiques des spondylarthrites à prédominance axiale**

	<b>Périodes douloureuses</b>	<b>Phases sans douleur</b>	<b>Ankylose fixée</b>
<b>Objectif principal</b>	Lutter contre la douleur	Lutter contre la raideur et les positions vicieuses	Améliorer l'autonomie dans la vie quotidienne
<b>Techniques passives</b>	± Balnéothérapie	± Balnéothérapie	± Balnéothérapie
<b>Techniques actives</b>	± Balnéothérapie	± Balnéothérapie	± Balnéothérapie
<b>Travail respiratoire</b>	Recherche d'une amplitude thoracique maximale	Recherche d'une amplitude thoracique maximale	Maintien de la capacité vitale respiratoire
<b>Exercices aérobie</b>	Adaptés selon la douleur ± adaptation du TTT antalgique	Oui	Oui
<b>Corrections posturales</b>	Adaptés selon la douleur ± adaptation du TTT antalgique	Oui	Non
<b>Renforcement musculaire</b>	Adaptés selon la douleur ± adaptation du TTT antalgique	Dynamique ou isométrique	Isométrique
<b>Conseils ergonomiques</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Prise en charge par un ergothérapeute</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Éducation du patient</b>	Entretien articulaire	Autoprogramme	Autoprogramme

TTT : traitement.

### ► Formes périphériques

La prise en charge des formes périphériques est similaire à celle décrite dans le guide médecin de la polyarthrite rhumatoïde publié par la HAS en 2008 et disponible sur son site : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

L'ergothérapie est indiquée en vue de l'enseignement des règles de protection articulaire (éducation gestuelle ou économie articulaire), l'information sur les orthèses, le choix ou la confection des aides techniques, l'aménagement de l'environnement : accessibilité de la cuisine et des sanitaires, les moyens de déplacement, les sanitaires au domicile et au niveau du poste de travail.

Les soins de pédicurie-podologie sont indiqués pour traiter les anomalies unguéales et les hyperkératoses localisées des pieds.

L'utilité des orthèses plantaires pour les atteintes de l'arrière-pied (enthésite calcanéenne) doit être évaluée systématiquement et au cas par cas. Pour les autres localisations, il convient de se référer par analogie au guide médecin de la polyarthrite rhumatoïde.

## 3.5 Autres traitements non médicamenteux

La coordination des traitements non médicamenteux peut être assurée par un médecin de médecine physique et de réadaptation. Il réalise un test d'évaluation et de catégorisation des déficiences, des incapacités et des désavantages sociaux.

### ► Ostéopathie et chiropraxie

Les techniques de manipulation vertébrale sont contre indiquées en cas d'ankylose rachidienne.

### ► Prise en charge chirurgicale

Les données disponibles ne sont pas suffisantes pour évaluer les interventions chirurgicales de correction des déformations rachidiennes majeures. Elles sont réalisées dans des centres spécialisés.

L'indication de la chirurgie prothétique de la hanche dans le cadre de la spondylarthrite doit être posée au cas par cas en tenant compte de la douleur et de l'incapacité fonctionnelle sous traitement, de l'atteinte structurale et des souhaits et attentes du patient.

### ► **Prise en charge psychologique**

La prise en charge médicale de tout patient atteint d'une spondylarthrite doit prendre en compte le retentissement psychologique de la pathologie. L'intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre est une décision qui relève du patient, conseillé par le médecin traitant ou le spécialiste.

### **3.6 Aides techniques et dispositifs médicaux**

Les orthèses et semelles orthopédiques, les attelles, les chaussures orthopédiques, les aides techniques, les aides mécaniques (cannes, béquilles, déambulateur) seront utilisées dès que nécessaire.

Le fauteuil roulant, le lit médicalisé, les lève-personne, le matériel d'aide aux transferts seront utilisés en fonction du handicap fonctionnel.

### **3.7 Éducation thérapeutique du patient (ETP)**

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à accompagner le patient dans l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation, et à prévenir les complications évitables. L'ETP contribue à l'amélioration ou au maintien de l'état de santé et de la qualité de vie du patient et de celle de ses proches.

L'ETP est complémentaire de la prise en charge médicale, réalisée si possible par une équipe pluridisciplinaire en accord avec le médecin spécialisé en rhumatologie et le médecin traitant. Elle contribue au développement de compétences qui permettent au patient de :

- connaître et comprendre la maladie et les traitements médicamenteux et non médicamenteux ;
- acquérir les gestes respectant les règles de protection articulaire ;
- mettre en œuvre des modifications de son mode de vie (équilibre diététique, programme d'activité physique, lutte contre l'ankylose, etc.),
- prévenir des complications évitables ;
- faire face aux problèmes occasionnés par la maladie, etc. ;
- impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découle.

### 3.8 Prise en charge médico-sociale

#### ► **Quand déclencher les démarches sociales et professionnelles ?**

##### **Demande d'exonération à 100 % dans le cadre des ALD :**

- effectuer la demande d'exonération du ticket modérateur dès que les critères diagnostiques et de gravité sont confirmés par le spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne.

##### **Procédures d'aménagement professionnel :**

- solliciter le médecin du travail dès que la spondylarthrite entraîne une répercussion notable et durable dans la vie professionnelle du patient ;
- conseiller au patient de solliciter une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé dès qu'il n'est plus en mesure d'assurer son emploi ou d'y postuler sans aménagement des horaires ou du poste de travail.

##### **Programmation d'un entretien avec un assistant de service social :**

- lorsque la situation sociale du patient est précaire ou difficile, en particulier en cas d'absence de couverture complémentaire ;
- en cas d'arrêt de travail d'une durée prévisible de plus de 3 mois ;
- en cas de demande de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé, mise en invalidité ou retraite anticipée ;
- en cas de gêne durable pour les actes de la vie quotidienne ;
- conseiller au patient le cas échéant de s'adresser à la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH).

#### ► **Contact avec les associations de malades**

Tout patient atteint de spondylarthrite doit être informé de l'existence d'associations de malades et recevoir leurs coordonnées s'il le souhaite, dès que le diagnostic est formellement établi.

## 4 Suivi d'un patient atteint de spondylarthrite

### 4.1 Objectifs du suivi

1. Évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement.
2. Prévenir et déceler les complications et la iatrogénie.
3. S'assurer de la compliance au traitement.
4. Adapter la prise en charge.

### 4.2 Les professionnels impliqués dans le suivi

Le suivi est effectué conjointement par le médecin spécialisé en rhumatologie et le médecin traitant, éventuellement en collaboration avec un médecin de médecine physique et de réadaptation et d'autres professionnels de santé.

La tolérance du traitement doit être évaluée régulièrement par le patient ou son entourage, son médecin traitant et le médecin spécialisé en rhumatologie ou en médecine interne. Les autres professionnels de santé (voir section 2.2) peuvent participer au suivi dans le cadre :

- des comorbidités associées du patient ;
- de l'instauration d'un traitement de fond ;
- des éventuelles complications des traitements ;
- des manifestations extra articulaires de la spondylarthrite.

Les infirmières participent au suivi des patients : les infirmières peuvent assurer des soins tels que l'éducation, la supervision des traitements : l'administration, les effets indésirables, l'observance, la gestion de l'apport d'aides techniques et des besoins en divers soins spécifiques.

### 4.3 Suivi habituel du patient

Le patient doit bénéficier d'une évaluation annuelle au minimum, par un praticien spécialiste en rhumatologie ou en médecine interne.

#### ► Évaluation du ressenti du patient

Soit par :

- l'appréciation par le patient de son état de santé ;
- l'existence de douleur nocturne rachidienne ;
- une échelle visuelle analogique (EVA) de la douleur globale liée à la spondylarthrite la semaine précédente ;
- l'importance du dérouillage matinal rachidien ;

- une EVA de l'asthénie.  
Soit par l'indice composite BASDAI (et si forme périphérique : le nombre d'articulations gonflées et/ou enthèses douloureuses) et l'appréciation globale du patient.

► **Évaluation de la capacité fonctionnelle (exemple : BASFI)**

► **Évaluation de la mobilité. Plusieurs critères sont disponibles :**

- l'inflexion latérale lombaire ;
- l'ampliation thoracique ;
- l'indice de Schöber ;
- la mesure des distances mur-occiput ou tragus-mur ;
- la mobilité cervicale.

► **La mesure de la taille peut être réalisée.**

► **Examen clinique des articulations coxo-fémorales.**

► **Évaluation des articulations douloureuses, des articulations gonflées et des enthèses douloureuses.**

► **Ne sont pas utilisés en routine :**

- le suivi biologique systématique de marqueurs de l'inflammation (VS ou CRP) ;
- la réalisation de radiographies systématiques de suivi. Par contre, la réalisation de clichés radiographiques doit être proposée lors d'un événement intercurrent aigu ou particulièrement douloureux.

#### **4.4 Hors suivi annuel du patient**

- Évaluation de l'activité de la maladie par l'indice BASDAI et l'appréciation globale du patient, à chaque consultation.
- En cas de manifestation articulaire, axiale ou enthésopathique inhabituelle ou aiguë, une consultation doit rapidement être réalisée.
- En cas de manifestation extra-articulaire aiguë, une consultation spécialisée (en urgence en particulier si uvéite) est recommandée.

#### **4.5 Le suivi des patients traités par anti-TNF**

Cette surveillance doit comprendre en plus des éléments cités ci-dessus :

- sur le plan clinique : la recherche d'événements indésirables notamment infectieux. La présence d'un syndrome infectieux doit faire arrêter momentanément le traitement par anti-TNF (avis spécialisé en rhumatologie) ;
- sur le plan biologique : un hémogramme et un dosage des transaminases.

Cette surveillance doit être réalisée à 1 mois, à 3 mois, puis tous les 3 mois pour l'étanercept et l'adalimumab, lors de chaque perfusion pour l'infliximab.

## Annexe 1. Liste des participants

Ce travail a été coordonné par le Docteur Philippe Blanchard, Chef de Projet au service des Bonnes pratiques professionnelles et réalisé avec les participants suivants :

- Pr Bernard Bannwarth, rhumatologue, Bordeaux
- Dr Nathalie Boutry, radiodiagnostic, Lille
- Pr Maxime Breban, rhumatologue, Boulogne-Billancourt
- Mme Laurence Carton, représentante d'une association, Créteil
- Dr Emmanuel Coudeyre, médecine physique et réadaptation, Chamalières
- M. Patrick Danesi, pédicure-podologue, Trouville-sur-mer
- Dr Guillaume Dantin, médecin généraliste, Villenave d'Ornon
- Dr Emmanuelle Dernis, rhumatologue, Le Mans
- M. Philippe Labarthes, masseur-kinésithérapeute, Cahors
- Dr Laurence Ladrière, médecin conseil, Lille
- Dr Jean-Pierre Larrumbe, médecin généraliste, Velaux
- M. Dominique Leroux, kinésithérapeute cadre enseignant, Pontoise
- Dr Stephan Pavy, rhumatologue, Paris
- Dr Mathilde Risse, médecin conseil, Paris
- Dr Valérie Vuillemin-Bodaghi, radiodiagnostic, Paris
- Dr Véronique Wilthien, médecin généraliste, Aubervilliers

Le guide a aussi été relu par le Dr Philippe PEREZ, médecin conseil, Chef de service, Direction du service médical national, Caisse nationale du RSI.

Ce guide a aussi été adressé pour relecture à la Mutualité sociale agricole (MSA) et à l'Afssaps.

## Annexe 2. Quand évoquer une spondylarthrite ?

Le diagnostic des formes axiales est le plus souvent évoqué devant des consultations itératives pour des lombalgies inflammatoires, des douleurs fessières (pygalgies) à bascule ou des talalgies.

L'évolution se faisant typiquement par poussées entrecoupées de périodes de quiescence des symptômes, il s'agit typiquement d'un patient qui consulte de façon répétée pour ces mêmes symptômes, dont la persistance doit attirer l'attention.

Les manifestations ostéoarticulaires des spondylarthrites sont caractérisées par la persistance des symptômes (> 3 mois) et le rythme inflammatoire des douleurs :

- prédominantes en deuxième partie de nuit et/ou réveil nocturne ;
- avec un dérouillage matinal supérieur à 30 minutes ;
- pouvant s'améliorer par l'exercice et/ou les activités physiques.

### Critères diagnostiques :

#### Critères de New York modifiés (forme axiale), d'après van der Linden *et al.*, 1984

---

A – Diagnostic

1. Critères cliniques

a) lombalgie et raideur depuis plus de 3 mois, qui s'améliorent avec l'exercice mais

ne sont pas soulagées par le repos

b) diminution de la mobilité du rachis lombaire dans les plans sagittal et frontal

c) diminution de l'ampliation thoracique par rapport aux valeurs normales ajustées

à l'âge et au sexe

2. Critères radiologiques

Sacro-iliite de grade  $\geq 2$  bilatérale ou sacroiliite de grades 3-4 unilatérale

B – Gradation

1. spondylarthrite ankylosante avérée si le critère radiologique est associé à au

moins 1 critère clinique

2. spondylarthrite ankylosante probable si présence :

a) de 3 critères cliniques

b) du critère radiologique sans signe ou symptôme clinique (d'autres causes de

sacroiliites doivent être envisagées)

---

*Copyright © Wiley 1984 ; reprinted with permission of Wiley-Liss, Inc., a subsidiary of John Wiley and Sons, Inc.*

Les critères de classification listés ci-après peuvent également être utilisés comme aide mémoire pour guider le diagnostic.

**Critères de classification (ils peuvent également faciliter la démarche diagnostique) :**

**1 - Classification d'Amor, d'après Amor et al., 1990**

Critère	Score
<b>A – Symptômes cliniques (ou antécédents)</b>	
Douleurs nocturnes lombaires/dorsales ou raideur matinale lombaire/dorsale	1
Oligoarthrite asymétrique	2
Fessalgie (caractère à bascule)	1 (2)
Orteil ou doigt en saucisse	2
Talalgie ou autre enthésite	2
Uvéite antérieure	2
Urétrite ou cervicite non gonococcique, moins d'un mois avant le début d'une arthrite	1
Diarrhée aiguë, moins d'un mois avant le début d'une arthrite	1
Psoriasis, balanite, entéropathie inflammatoire chronique	2
<b>B – Signes radiographiques</b>	
Sacro-iliite (grade 2 bilatérale, ou grades 3 et 4)	3
<b>C – Terrain génétique</b>	
HLA B27 positif ou antécédent familial de SPA, MICI ou psoriasis	2
<b>D – Réponse au traitement</b>	
Nette amélioration en moins de 48 h sous AINS et rechute à l'arrêt	2

*Le malade sera déclaré comme ayant une spondylarthrite si la somme des points des 12 critères est ≥ 6. © Elsevier Masson SAS, Éditeur.*

**2 – Classification de l'ESSG, d'après Dougados et al., 1991**

Critères de l'ESSG
Rachialgies inflammatoires
OU
Synovites : asymétriques ou prédominant aux membres inférieurs
ET un ou plus des éléments suivants :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fessalgies à bascule</li> <li>• Sacro-iliite radiographique</li> <li>• Enthésopathie (achilléenne ou plantaire)</li> <li>• Antécédent familial au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>o</sup> degré (spondylarthrite ankylosante, psoriasis, uvéite, arthrite réactionnelle, MICI)</li> </ul>
Psoriasis
Entéropathie inflammatoire chronique
Urétrite ou cervicite ou diarrhée aiguë moins d'un mois avant l'arthrite

*Copyright © Wiley 1991 ; reprinted with permission of Wiley-Liss, Inc., a subsidiary of John Wiley and Sons, Inc*

## Annexe 3. BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

d'après Claudepierre *et al.*, 1997

### Questions :

Cochez SVP la case la plus représentative de votre réponse, par exemple :  
en vous référant à la dernière semaine



### 1. Où situez-vous votre degré global de fatigue ?

Absent

Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

### 2. Où situez-vous votre degré global de douleur au niveau du cou, du dos et des hanches dans le cadre de votre spondylarthrite ankylosante ?

Absent

Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

### 3. Où situez-vous votre degré global de douleur/gonflement articulaire en dehors du cou, du dos et des hanches ?

Absent

Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

### 4. Où situez-vous votre degré global de gêne pour les zones sensibles au toucher ou à la pression ?

Absent

Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

### 5. Où situez-vous votre degré global de raideur matinale depuis votre réveil ?

Absent

Extrême

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

### 6. Quelle est la durée de votre raideur matinale à partir de votre réveil ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

0

½

1

1½

2 heures  
ou plus

### Méthode de calcul :

En premier lieu, calculer la moyenne aux réponses 5 et 6. Puis calculer la moyenne des 5 valeurs (la valeur moyenne des réponses 5 et 6 et la valeur des réponses aux 4 premières questions). Le score va donc de 0 à 10 (NB : dans la version originale de ces indices, ce sont des EVA de 100 mm que le malade doit cocher, et le résultat est compris entre 0 et 100).

## Annexe 4. BASFI

**(Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)**

d'après Calin *et al.*, 1994

Questions : Cocher SVP la case la plus représentative de votre réponse en vous référant à la dernière semaine, par exemple :



1. Pouvez-vous mettre vos chaussettes ou collants sans l'aide de quelqu'un ou de tout autre moyen extérieur (ex. : petit appareil vous aidant à mettre vos chaussettes) ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

2. Pouvez-vous vous pencher en avant pour ramasser un stylo posé sur le sol sans l'aide d'un moyen extérieur ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

3. Pouvez-vous atteindre une étagère élevée sans l'aide de quelqu'un ou d'un moyen extérieur ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

4. Pouvez-vous vous lever d'une chaise sans accoudoirs sans utiliser vos mains ou toute autre aide ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

5. Pouvez-vous vous relever de la position « couché sur le dos » sans aide ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

6. Pouvez-vous rester debout sans soutien pendant 10 minutes sans ressentir de gêne ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

7. Pouvez-vous monter 12 à 15 marches, en ne posant qu'un pied sur chaque marche, sans vous tenir à la rampe ou utiliser tout autre soutien ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

8. Pouvez-vous regarder par dessus votre épaule sans vous retourner ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

9. Pouvez-vous effectuer des activités nécessitant un effort physique (ex. : mouvements de kinésithérapie, jardinage ou sports) ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

10. Pouvez-vous avoir des activités toute la journée, que ce soit au domicile ou au travail ?

Sans aucune difficulté Impossible

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

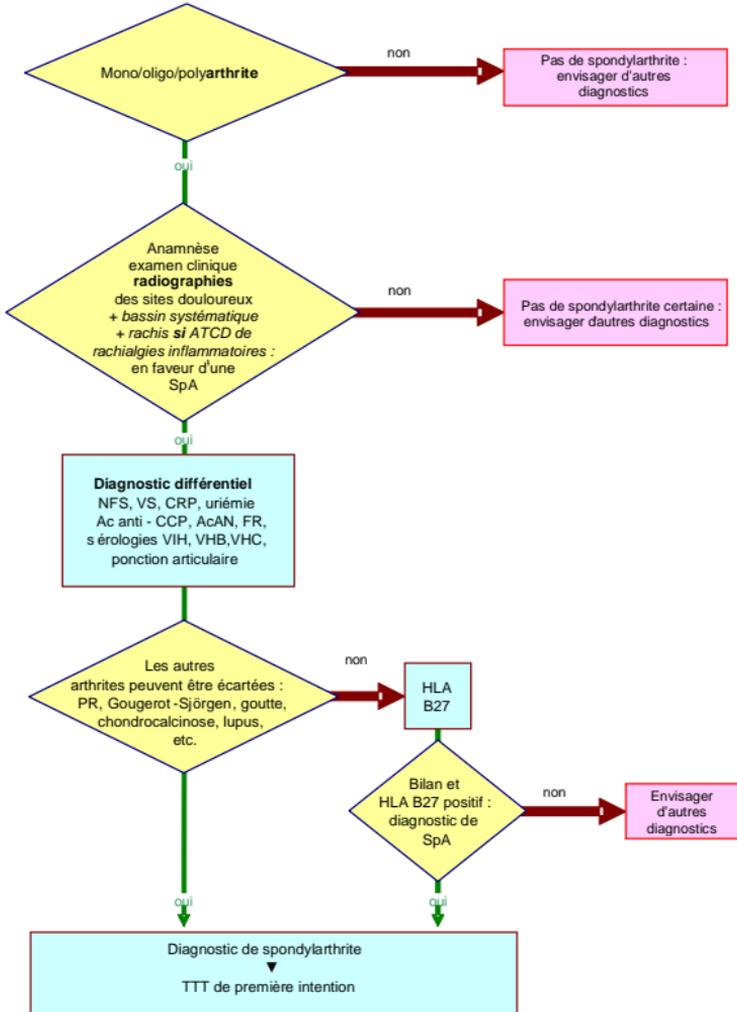
Méthode de calcul : la valeur du BASFI est la moyenne des valeurs obtenues aux 10 questions. Le score va donc de 0 à 10.

## Annexe 5. Algorithmes

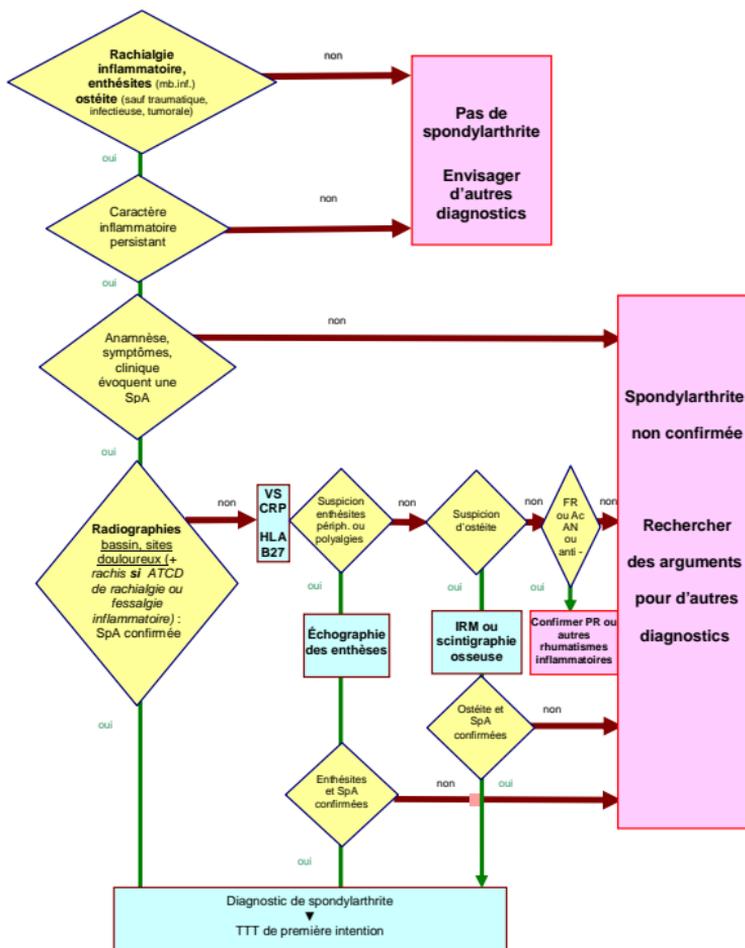
### 1 - Présentation clinique à prédominance axiale



2 - Présentation clinique à prédominance périphérique arthritique.



### 3 - Présentation clinique à prédominance périphérique enthésitique



## Annexe 6. Stratégies médicamenteuses

### Spondylarthrites à prédominance axiale

	Interventions	Précisions	Conditions d'utilisation
Traitement de 1 <sup>ère</sup> intention	AINS	Dose minimale efficace	Limitier aux périodes symptomatiques
Traitement de 2 <sup>ème</sup> intention	Méthotrexate	Évaluation au cas par cas du rapport bénéfice/risque	Uniquement en cas d'échec du traitement de 1 <sup>ère</sup> intention
	ou Sulfasalazine ou Anti - TNF	Anti - TNF : 4 conditions impératives <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ spondylarthrite avérée</li> <li>▪ maladie active : BASDAI &gt; 4, à 2 reprises au moins, à 3 mois d'intervalle)</li> <li>▪ maladie sévère (voir § 4.7)</li> <li>▪ malgré la prise d'AINS à la dose maximale recommandée ou tolérée</li> </ul>	
Antalgiques	AINS ± Paracétamol ± Opioides	Antalgiques non AINS si TTT de 1 <sup>ère</sup> intention en cours	A tous les stades de la maladie

### Spondylarthrites à prédominance arthritique périphérique

	Interventions	Précisions	Commentaires
Traitement de 1 <sup>ère</sup> intention	AINS	Dose minimale efficace	Limitier aux périodes douloureuses
	Antalgiques	Paracétamol ± Opioides	À tous les stades de la maladie
	Infiltration intra articulaire d'un corticoïde	Si mono ou oligoarthritis associée	
Traitement de 2 <sup>e</sup> intention	Léflunomide ou Méthotrexate (MTX) ou Sulfasalazine (SLZ)	Peuvent être envisagés mais apprécier le ratio bénéfice/risque	Efficacité limitée
	Anti - TNF	3 conditions impératives <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ spondylarthrite avérée <b>et</b></li> <li>▪ maladie très active : BASDAI &gt; 4 à 2 reprises au moins, à 3 mois d'intervalle <b>et</b></li> <li>▪ malgré les AINS (dose maximale) et/ou MTX/SLZ et/ou infiltrations de corticoïdes</li> </ul>	

## Annexe 7. Conditions de délivrance des anti-TNF dans les spondylarthrites

	<b>Humira® (Adalimumab)</b>	<b>Enbrel® 25 mg et 50 mg (Etanercept)</b>	<b>Remicade® Infliximab</b>
<b>Voie d'administration</b>	Sous cutanée	Sous cutanée	Perfusion ≥ 2 h puis suivie d'une surveillance de 2 h
<b>Disponibilité</b>	Ville et hôpital	Ville et hôpital	Hôpital
<b>Conditions de prescription et de délivrance</b>  Remarque : les spécialistes sont rajoutés au fur et à mesure en fonction des extensions d'indications obtenues (dermatologie) concernant la SPA sont concernés les rhumatologues et la médecine interne.	Prescription initiale hospitalière annuelle. Prescription réservée aux spécialistes en rhumatologie, en gastro-entérologie, en chirurgie digestive ou en médecine interne.	Prescription initiale hospitalière annuelle.  Prescription initiale et renouvellement réservés aux spécialistes en rhumatologie, en médecine interne, en pédiatrie et en dermatologie.	Médicament réservé à l'usage hospitalier ; Prescription réservée aux spécialistes et/ou aux services spécialisés en gastro-entérologie ou en médecine interne ou en chirurgie digestive ou en rhumatologie.
<b>Indication</b>	Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active chez l'adulte ayant eu une réponse inadéquate au traitement conventionnel.	Traitement de la spondylarthrite ankylosante sévère et active de l'adulte en cas de réponse inadéquate au traitement conventionnel.	Traitement de la spondylarthrite ankylosante chez les patients qui ont des signes axiaux sévères, des marqueurs sérologiques de l'activité inflammatoire élevés et qui n'ont pas répondu de manière adéquate à un traitement conventionnel.
<b>Posologie et voie d'administration</b>	La posologie recommandée d'Humira pour les patients atteints de rhumatisme psoriasique et de spondylarthrite ankylosante est de 40 mg d'adalimumab en dose unique toutes les deux semaines, en injection sous cutanée.	La dose recommandée est 25 mg d'Enbrel administré deux fois par semaine ou de 50 mg administré une fois par semaine.	5 mg/kg administrés en perfusion intraveineuse d'une durée de 2 heures suivis par des perfusions supplémentaires de 5 mg/kg aux semaines 2 et 6 après la première perfusion, puis ensuite toutes les 6 à 8 semaines. Si un patient ne répond pas à la semaine 6 (i.e. après 2 doses), aucun traitement supplémentaire par l'infliximab ne doit être administré.

## Annexe 8. Références

Amor B, Dougados M, Mijiyawa M. Critères de classification des spondylarthropathies. *Rev Rhum* 1990;57(2):85-9.

Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea J, Mallorie P, *et al.* A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol* 1994;21(12):2281-5.

Claudepierre P, Sibilia J, Goupille P, Flipo RM, Wendling D, Eulry F, *et al.* Evaluation of a French version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index in patients with spondyloarthritis. *J Rheumatol* 1997;24(10):1954-8.

Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, Huitfeldt B, Amor B, Calin A, *et al.* The European Spondylarthropathy Study Group

preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991;34(10):1218-27.

Haute Autorité de Santé. Diagnostic des spondylarthrites. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.

Haute Autorité de Santé. Prise en charge thérapeutique et suivi des spondylarthrites. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2008.

Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984;27(4):361-8.



Toutes les publications de l'HAS sont téléchargeables sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)